



## RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA “POLIZZA TUTELA LEGALE”

**N.B.: COMPILARE IL PRESENTE MODELLO IN OGNI SUA PARTE, COMPRESO IL RETRO ALLEGANDO LA OPPORTUNA DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in relazione a:

- richiesta di risarcimento danni \_\_\_\_\_  
 procedimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 altro (precisare) \_\_\_\_\_

- CHIEDE** l’attivazione della Polizza Tutela legale contratta dall’ASP e decide di avvalersi di un legale di fiducia individuato nella persona di:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- SI IMPEGNA**, ove richiesto dalla Compagnia Assicuratrice, a conferire mandato al legale indicato dalla Compagnia stessa

- DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ed a conoscenza della sanzioni penali previste dal DPR 455/2000 in caso di dichiarazioni mendaci:

che l’evento al quale si riferisce il procedimento oggetto della richiesta di tutela legale è accaduto in data \_\_\_\_\_ e riguarda: (se del caso allegare relazione) \_\_\_\_\_

che l’atto al quale si riferisce la richiesta di attivazione della polizza di tutela legale rappresenta il primo atto notificato al sottoscritto

di aver preso visione delle condizioni di polizza presso l’ufficio competente dell’ASP.

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega i seguenti documenti:

- Copia documento d’identità del dichiarante (da allegare in ogni caso)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Via Torraca, 2 – 85100 Potenza PZ  
Codice Fiscale – Partita IVA: 01722360763

### **NOTA INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii che L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, procederà al trattamento dei dati la Lei forniti nel rispetto della normativa in materia di privacy.

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili.

---

Luogo e Data

---

Firma leggibile e per esteso + timbro